

みらいのこどもクリニック 問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日
			おとし (歳 ヶ月)
ご住所 〒 ー			電話番号 ()
			携帯番号 ()
() 保育所 幼稚園 託児所			来院時体温 °C
() 小 中 高等 学校			体 重 kg

【今日はどうされましたか？○をおつけください。】

いつから： _____ から 発熱 _____ °C

いつから： _____ から、

咳 夜の咳込み 痰 鼻水（透明・色つき） 鼻づまり のどの痛み 頭痛 耳の痛み

腹痛 軟便 下痢 水様便 血便 便秘 嘔吐（_____回）

湿疹 発疹（顔・からだ・手・足・その他 [_____]）

その他 [_____]

【今現在飲まれている薬はありますか？】 なし ・ あり

【お薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？】

（なし ・ あり [_____]）

【いままでにかかったことのある病気に○をつけてください。】

突発性発疹 中耳炎 水ぼうそう おたふくかぜ 熱性痙攣 アトピー性皮膚炎

喘息 喘息性気管支炎 肺炎 気管支炎

その他 [_____]

【病気で入院・手術をされたことはありますか？】 なし ・ あり

いつ（ _____ ）から（ _____ ）日間

病名（ _____ ）

【最近、家族や周りの方に溶連菌・インフルエンザなどにかかられた方はおられますか？】

いない ・ いる （ 溶連菌・インフルエンザ・水痘・おたふくかぜ その他： _____ ）

いつ頃（ _____ ） どなたが（ _____ ）

【その他相談したいことがありましたらお書き下さい。】

